



Charte de la cantine scolaire Commune d'Aspres-sur-Buëch

**Document à compléter et à rapporter au secrétariat de Mairie
avec le livret d'inscription pour le 25 Juillet 2018 dernier délai**

Madame

Nom :

Prénom :

Monsieur

Nom :

Prénom :

Responsable (s) légal (aux) de l'enfant (ou des enfants):

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement de la cantine scolaire organisée par la Commune d'Aspres-Sur-Buëch et nous nous engageons à le respecter et à le faire respecter par mon (mes) enfants(s).

Aspres-Sur-Buëch, le/...../.....

"Lu et approuvé"
Signature des parents

NB : Ce document, daté et signé par les parents, vaut acceptation du règlement intérieur de la cantine scolaire. Il doit être joint impérativement au livret d'inscription de l'enfant.



**CANTINE SCOLAIRE
DE LA COMMUNE
D'ASPRES-SUR-BUECH**

LIVRET D'INSCRIPTION

L'inscription de l'enfant ne sera effective qu'au retour au secrétariat de Mairie de cette fiche dûment complétée et signée.

Tout changement de situation familiale de l'enfant survenant en cours d'année scolaire devra être précisé auprès de Madame PIERROT ou du secrétariat de Mairie.

INSCRIPTION A LA CANTINE SCOLAIRE :

OUI NON

TRANSPORTS SCOLAIRES :

Mon enfant utilisera le service des transports scolaires (mis en place par le Conseil Départemental des Hautes-Alpes)

OUI NON

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE FAMILIALE :

Nom de la compagnie :
N° de police :

AUTORISATION :

Je soussigné, père*, mère*, tuteur*, autorise la Commune d'Aspres-Sur-Buëch à assurer la surveillance de mon enfant pendant le temps périscolaire, et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'avoir accepté.

J'autorise le Maire à faire hospitaliser mon enfant et à faire pratiquer une intervention en cas d'urgence.

Ce document doit être conjointement signé par le(s) responsable(s) légal(aux), ou le tuteur.

Nom : Nom :
Prénom : Prénom :
Signature : Signature :

ENFANT : NOM et Prénom

Classe..... **Enseignant**

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

REPRESENTANTS LEGAUX :

Situation familiale des parents

- Mariés ou vies maritale
- Séparés ou divorcés
- Famille mono-parentale

	Père	Mère
Nom :
Prénom
Adresse	

Autorité parentale OUI NON OUI NON

Tel/domicile

Tel/portable

Tel/travail

Courriel

PERSONNES A PREVENIR D'URGENCE ET/OU AUTORISES A RECUPERER L'ENFANT (si responsables légaux injoignables) :

Nom et Prénom :

Tel :

Nom et Prénom :

Tel :

Nom et Prénom :

Tel :

Nom du médecin de l'enfant :

Tel :

Etablissement hospitalier souhaité :

DÉPARTEMENT
DES HAUTES-ALPES



MAIRIE
ASPRES SUR BUECH
05140

*Rayer les mentions inutiles